

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Клишо В. Е.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. В последние годы в отечественной и зарубежной литературе появились сообщения о внутриутробной микоплазменной инфекции, которая чаще проявляется в виде пневмоний, но может носить и генерализованный характер. Существует связь инфицирования микоплазмами со спонтанными абортами, недонашиванием беременности, преждевременными родами, а также с малой массой тела детей при рождении. Микоплазмы широко распространены в природе и некоторые их виды патогенны для человека (*M. pneumoniae*, *M. hominis*, *Ureaplasma urealyticum*). Частота выделения *Ureaplasma urealyticum* у беременных составляет 50-75%, *Mycoplasma hominis* – 20 - 25%. Во время беременности высеваемость уреамикоплазм увеличивается в 1,5 – 2 раза, что объясняется изменением иммунного и гормонального статуса женщины [1, 4]. Частота внутриутробного инфицирования при уреаплазмозе составляет 45%, при микоплазмозе – 3-20% [3]. Плод и новорожденный обладают повышенной восприимчивостью к данной инфекции, что связано с состоянием иммуносупрессии и отсутствием нормальной микрофлоры в момент заражения [2,5].

Клинические проявления уреамикоплазменной инфекции у новорожденного – генерализованная форма, поражение центральной нервной системы; внутриутробная пневмония, геморрагический синдром, гепатоспленомегалия и остеомиелит. Микоплазмы способны вызывать необратимые изменения в хромосомном аппарате клеток, т.е. оказывают тератогенное влияние на плод [3]. Статистически выявлена значительная связь между уровнем колонизации *U. urealyticum* и *M. hominis* и преждевременными

родами, а также родовым (более 24 часов) излитием околоплодных вод. При этом несколько чаще колонизация отмечается у детей, перенесших эпизоды апноэ (Rudd P.T, Carrington D, 1984).

Инфекция, вызываемая *U.urealyticum*, играет важную роль в развитии ранней бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей и других хронических заболеваний легких даже после лечения сурфактантом (Dyke M.P. et al., 1993) *U.urealyticum* может вызвать неонатальную бактериемию, пневмонию и менингиты, а также остеомиелит. Клинически уреоплазменная пневмония у недоношенных часто сочетается с болезнью гиалиновых мембран, лейкопенией, тромбоцитопенией и развитием СДР.

Целью исследования явилось определение распространенности инфекции вызванной *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* у новорожденных детей

Материалы и методы. Нами обследован 101 ребенок методом ПЦР. Из них 10 детей – контрольная группа, включающая доношенных здоровых детей, и 91 ребенок исследуемой группы, включающая детей с различной патологией. Из 91 ребенка 88 детей обследовано на обе инфекции

Результаты и обсуждение. Дети переводились из роддомов г. Витебска и ЦРБ на 1 – 25 ($12 \pm 5,25$) сутки жизни. В исследуемой группе была доношенные и недоношенные дети: срок гестации составлял от 25 до 41 ($34,0 \pm 3,74$) недель. Из 91 детей было 47 девочки и 44 мальчика.

Антропометрическое исследование показало, что вес детей при рождении был от 950 до 4320 ($2000 \pm 736,36$)г, длина тела – от 32 до 57см ($45,0 \pm 4,51$), окружность головы – от 24 до 36см ($30,0 \pm 2,75$). Оценка по шкале Апгар при рождении составлял на первой минуте от 1 до 8 баллов ($7 \pm 1,44$). 7 детей в течение 5 минут после рождения были переведены на ИВЛ. Продолжительность лечения детей в стационаре колебалась от 4 до 88 ($33,0 \pm 17,6$) дней

Из 89 детей, обследованных на микоплазменную инфекцию методом ПЦР у 16 (17,98%) был обнаружен инфекционный агент (*M.hominis*). Из этих больных недоношенными родились 14 детей, и срок гестации составил от 25 до 37 ($33,5 \pm 3,52$) недель. Вес при рождении варьировал от 990 до 3670 ($2026,5 \pm 656,1$). Оценка по шкале Апгар при рождении от 1 до 8 ($7 \pm 1,77$) баллов. 2 новорожденных в течение 5 минут после рождения были переведены на ИВЛ. Шестерым детям, инфицированным *M.hominis*, был выставлен диагноз «Инфекция специфичная для перинатального периода», семерым – «Энцефалопатия новорожденного гипоксического генеза», одному – «РДС I типа» и двоим – «ВГП: порок развития головного мозга».

Из 90 детей, обследованных на уреоплазменную инфекцию методом ПЦР у 3 (3,33%) был обнаружен инфекционный агент (*U.urealyticum*). Из этих больных недоношенным родился 1ребенок, причем у него *U.urealyticum* сочеталась с *M.hominis*, остальные дети родились в срок с нормальным весоростовым коэффициентом и оценкой по шкале Апгар. Двоим детям был выставлен диагноз «Инфекция специфичная для перинатального периода», одному – «Внутриутробная пневмония Энцефалопатия новорожденного».

В результате проведенных нами исследований было выявлено, что микоплазменная инфекция у новорожденных встречается в 5 раз чаще, чем уреоплазменная (17,98% против 3,33%). Микоплазменная инфекция влияет на продолжительность течения беременности 14 из 16 инфицированных детей родились недоношенными. Дети, инфицированные микоплазменной инфекцией, в

отличие от инфицированных уреаплазменной инфекцией рождаются в асфиксии в подавляющем большинстве случаев. Среди нозологических единиц, у детей, инфицированных уреаплазменной инфекцией, превалирует инфекционная патология, тогда как у инфицированных микоплазменной инфекцией на первый план выходят последствия асфиксии и внутриутробного страдания плода – «Энцефалопатия новорожденного», а далее следует инфекционная патология. Так же необходимо отметить встречаемость врожденных пороков головного мозга у детей, инфицированных микоплазменной инфекцией

Выводы. Таким образом, полученные нами данные показывают, что *M.hominis* вызывает антенатальную и постнатальную патологию плода и новорожденного. Данный возбудитель воздействует на плод и плаценту, вызывая в последующем гипоксически-ишемические повреждения головного мозга. *M.hominis* обладает тератогенным действием на плод и, как следствие, вызывает врожденные пороки развития органов, в частности головного мозга.

Литература

- 1 Краснополский В Г. Инфекция в акушерстве. Сб. науч. трудов. М. 1995.
- 2 Гуртовой Б. Л., Анкирская Л. С., Ванько Л. В. Акуш. и гин. 1994; 4: 20-26.
3. Козлова Л. В., Иванян А. Н., Грибко Т. В. и др. Диагностика, профилактика и лечение внутриутробных инфекционных заболеваний. Смоленск. 1997.
- 4 Цинзерлинг А. В. Современные инфекции. М. 1987.
- 5 Kundsин R. B., Leviton A., Allred E. N. et al. Obstet. Gynec. 1996; 87: 1: 122-127.